

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00141 vom 26. Juni 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-06-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00141

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00141 du 26 juin 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00141 del 26 giugno 2013

Erwägungen

E. 2

2.1???? Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, gemäss medizinischer Beurteilung seien per 30. September 2007 noch vorliegende neurologische Beschwerden nicht objektivierbar, und deren (gemäss BGE 115 V 133 zu präzisierende) Adäquanz sei zu verneinen (S. 7). Demnach bestehe kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung (S. 7 Ziff. 3.5) und per 30. September 2007 auch kein Anspruch auf andere Leistungen gemäss UVG (S. 7 Ziff. 3.6).

2.2???? Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber in seiner Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, es lägen organische Unfallfolgen vor, womit natürliche und adäquate Kausalität zusammenfielen (S. 12 Ziff. 67); soweit es sich um psychische Unfallfolgen handle, sei deren Adäquanz zu bejahen (S. 13 Ziff. 80).

E. 3

3.1???? Gemäss Unfallmeldung rutschte der Beschwerdeführer in seinen Ferien am 21. August 2006 auf einer Beton-Treppe aus und stürzte 6-7 Stufen hinunter; er wollte sich mit der rechten Hand auffangen und brach sich dabei das rechte Handgelenk (Urk. 8/1 Ziff. 4-6).

??????? Dr. med. A.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, und Dr. med. B.____, Facharzt für Neurologie, berichteten am 22. September 2006 über die gleichentags erfolgte Konsultation (Urk. 8/2). Sie nannten als Diagnose einen Status nach Radiusfraktur loco classico rechts am 21. August 2006 mit Status nach Reposition in Serbien (S. 3 Ziff. 5). Sie attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem Unfalltag und empfahlen die Weiterbehandlung durch einen Handchirurgen (S. 4 Ziff. 8).

3.2???? Dr. med. C.____, FMH Handchirurgie, FMH Orthopädische Chirurgie, berichtete am 2. Oktober 2006 über zwei Untersuchungen (Urk. 8/6). Er nannte als Diagnose eine distale intraartikuläre Radiusmehrfragmentfraktur rechts am 21. August 2006 in Serbien (S. 1 Mitte). Bei jetzt 6-wöchigem Verlauf sollte mit der sanften Handgelenksmobilisation begonnen werden (S. 2 oben).

??????? Am 6. November 2006 berichtete Dr. C.____ über erhebliche Restbeschwerden. Die Handgelenksmobilisation habe nicht wie geplant vorangetrieben werden können. Ein Arthro-MRI habe keine größere pathologische Veränderung erkennen lassen (Urk. 8/20 S. 1).

3.3???? Am 17. Januar 2007 berichtete Dr. med. D.____, FMH Chirurgie und Handchirurgie, über ihre Untersuchung (Urk. 8/42). Sie nannte folgende Diagnose (S. 1 Ziff. 2):

- Status nach distaler intraartikulärer Radiusfraktur rechts mit Verletzung des dorsalen ulnaren Kapselbandapparates

- wahrscheinlich Status nach leichtem complex regional pain syndrome (CRPS, früher Sudeck)

???????? Sie führte aus, der Unfall vom 21. August 2006 sei die einzige Ursache der gesundheitlichen Störung betreffend das rechte Handgelenk (S. 1 Ziff. 1.1). Die vorbestehende Gesundheitsschädigung, die eine seit 4 Jahren bestehende Arbeitsunfähigkeit von 50 % bedinge, stehe in keinem Zusammenhang mit dem erlittenen Unfall. 6 Monate nach dem Unfall dürfte der Status quo ante erreicht sein (S. 1 Ziff. 1.3). Sie erwähnte eine gewisse Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und der absolut normalen Muskelausbildung des ganzen rechten Armes, was darauf hinweise, dass die Hand nicht wesentlich geschont werde, sonst müsste eine deutliche Muskelminderung der betroffenen Extremität vorhanden sein (S. 2 Ziff. 4).

3.4???? Am 6. März 2007 wurde über einen Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Klinik E.____ berichtet (Urk. 8/51). Dabei wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1 unten):

Morbus Sudeck bei protrahierten Beschwerden des Handgelenks rechts

- Status nach distaler Radiusfraktur intraartikulär am 21. August 2006

- geschlossene Reposition mit anschliessend konservativer Ruhigstellung für 3 Wochen

- klinisch muskuläres Defizit sowie diffuse Sensibilitätsstörung vor allem in Dig. III-V

- Überwärmung und livide Rötung

???????? Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, im direkten Anschluss an den Klinikaufenthalt sei der Patient bis zum zu planenden Arbeitsversuch Ende Februar 2007 zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 5.1). Für eine leichte Tätigkeit bis 10 kg ohne Zwangshaltung und unter Aussparung seiner Defizite (Handkraftminderung auf 7.5 kg, starke Schmerzen bei repetitiven Bewegungen) sei der Patient zu 100 % arbeitsfähig (S. 2 Ziff. 5.2).

3.5???? Am 16. März 2007 berichtete Dr. C.____, klinisch finde sich keine Schwellung, aber nach wie vor eine exquisite Druckdolenz ulnocarpal dorsal, ulnar wie auch palmar (Urk. 8/53 S. 1).

???????? Am 16. April 2007 umschrieb er auf Anfrage das behinderungsangepasste zumutbare Tätigkeitsprofil wie folgt (Urk. 8/62):

Leichte manuelle Tätigkeiten mit 5 kg Gewichtsbeschränkung bezüglich Heben und Tragen sowie keinen repetitiven Unterarmrotationen respektive Handgelenksbewegungen für die rechte Seite, wobei die linke Hand allerdings vollumfänglich eingesetzt werden kann. Tätigkeiten bis Brusthöhe sind beidhändig bis zu einem Gewicht von 5 kg möglich, Überkopfarbeiten sollten nur mit der linken Hand ausgeführt werden müssen. Keine Einschränkung bezüglich sitzender, gehender, stehender oder wechselbelastender Tätigkeit, ebenso keine Einschränkung bezüglich Lärmexposition und Staub; Kälte und Nässe sind hingegen ungeeignet. Idealerweise können Tätigkeiten im Kurierdienst in Frage.

3.6???? Am 13. Juli 2007 berichtete Dr. med. F.____, Chirurgie FMH, speziell Handchirurgie, über seine Untersuchung vom gleichen Tag (Urk. 8/81).

???????? Er nannte folgende Diagnosen (S. 2 Ziff. 3):

- ausgeprägter Belastungsschmerz des rechten Handgelenkes bei Status nach gut verheilten, kaum dislozierter intraartikulärer Radiusfraktur rechts
- unklare, neurologisch nicht objektivierbare Schmerzen und Gefühlsstörungen der Finger III bis V rechts
- diverse internistische Diagnosen

???????? Er führte unter anderem aus, die subjektiv beklagten Beschwerden könnten nur teilweise objektiviert werden (S. 3 Ziff. 4). Es handle sich um einen äußerst schleppenden Verlauf mit Schmerzausweitung bei an und für sich korrekt verheilten intraartikulärer Radiusfraktur ohne Zusatzläsionen (S. 3 Ziff. 5). Bezüglich der Tätigkeit als Koch müsse von einer aktuellen Arbeitsunfähigkeit von 100 % ausgegangen werden (S. 3 Ziff. 8.1).

???????? Einen allfälligen Integritätsschaden bezifferte Dr. F.____, ausgehend von 25 % bei vollständiger Aufhebung der radio-carpalen Beweglichkeit, mit 15 % (Urk. 8/88).

3.7???? Am 29. Januar 2008 berichtete Dr. med. G.____, Facharzt FMH Handchirurgie und Chirurgie, über seine Untersuchungen (Urk. 8/104 = Urk. 8/127). Er nannte folgende Diagnose (S. 1 Mitte):

persistierende therapierefraktäre Schmerzen im Handgelenk rechts bei Status nach verheilten, kaum dislozierter intraartikulärer Radiusfraktur vom 21. August 2006

???????? Er führte unter anderem aus, die unternommenen Versuche, die Schmerzsituation zu beeinflussen, seien erfolglos geblieben, und der Befund sei nicht vielversprechend für eine Arthroskopie, von der er deshalb absehe (S. 2).

???????? Auf Nachfrage bestätigte Dr. G.____ am 21. Juli 2008, der Unfall sei eine überwiegend wahrscheinliche Ursache der Gesundheitsstörung (Urk. 8/128 Ziff. 4.2).

3.8???? Am 5. Juni 2008 berichtete Dr. med. H.____, Neurologie FMH, eine abgelaufene rechtsseitige Ulnaris-Kompressionsneuropathie im Sulcus nervi ulnaris rechts sei aufgrund der elektroneurographischen Untersuchungsbefunde im Seitenvergleich möglich; absolut gesehen lägen die Werte im Normbereich (Urk. 8/139/4).

???????? In ihrem Bericht vom 10. Juni 2008 (Urk. 8/139/3 = Urk. 8/162 Beilage) nannte Dr. H.____ folgende Diagnosen (S. 1):

- Status nach distaler intraartikulärer Radiusfraktur rechts am 21. August 2006
- Status nach geschlossener Reposition und dreiwöchiger Ruhigstellung im Unterarmgips
- Verdacht auf abgelaufenes CRPS I

- leichte Ulnaris-Neuropathie rechts, wahrscheinlich im Rahmen einer leichtgradigen beziehungsweise stattgehabten Kompressionsneuropathie im Sulcus n. ulnaris rechts

???????? Als Beurteilung führte sie unter anderem aus, anamnestisch persistierten seit der Radiusfraktur im August 2008 (richtig: 2006) einerseits eine Fühlminderung und ein Kältegefühl im Bereich der Finger III bis V und im ulnaren Anteil der rechten Hand sowie des rechten Unterarms bis zum Ellbogen, andererseits nennenswert betonte ausstrahlende Schmerzen. Daneben werde eine Schwäche der Finger III bis V beklagt (S. 1 unten). Es liege mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Überlappung aus einem Sudeck und einer abgelaufenen Ulnaris-Druckneuropathie vor (S. 1 f.).

???????? Am 25. August 2008 f?hrte Dr. H. ___ pr?zisierend aus, es best?nden einerseits Anhaltspunkte f?r eine leichtgradige Ulnaris-L?sion rechts, andererseits gebe der Patient eine ?ber den gesamten Arm ausgedehnte F?hlminderung an, was mit einer peripheren Ulnaris-L?sion schlecht erkl?rt werden k?nne. Daher sei nach einer anderen Erkl?rung (Radikulopathie, Plexusl?sion) gesucht worden, wof?r sich aber keine Anhaltspunkte ergeben h?tten. So m?sse als differentialdiagnostische ?berlegung eine Symptomausweitung in Betracht gezogen werden (Urk. 8/139/2).

3.9???? Dr. med. I. ___, Handchirurgie FMH, f?hrte in seinem Bericht vom 27. Juli 2008 (Urk. 8/139/1/2) aus, es best?nden zwei Probleme. Erstens sei - nach der intraartikul?ren Radiusfraktur rechts mit Gipsbehandlung und wahrscheinlich nachfolgendem Sudeck - die Beweglichkeit des Handgelenks eingeschr?nkt und es best?nden Schmerzen im ulnaren Handgelenkskompartiment. Zweitens sei die Sensibilit?t der Finger III bis V rechts reduziert; die Intrinsicmuskulatur sei schw?cher als links (S. 1 Mitte). Er w?rde die beiden Probleme auseinander halten, da sie vermutlich nichts miteinander zu tun h?tten (S. 1). Beim Sensibilit?tsverlust der Finger III bis V handle es sich um eine Sch?digung des Nervus ulnaris. Unklar seien noch der Ort und das Ausmass der Sch?digung. Dies als Symptomausweitung zu interpretieren, wie dies Dr. H. ___ getan habe, sei unkorrekt (S. 2 oben).

3.10?? Am 6. November 2008 erstatteten med. pract. J. ___, Fach?rztin f?r Innere Medizin FMH, Gutachterin, Dr. med. K. ___, Fach?rztin f?r Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, stellvertretende Chef?rztin, und Dr. med. L. ___, Facharzt f?r Innere Medizin FMH, Chefarzt, Klinik R. ___, ein Gutachten im Auftrag der Invalidenversicherung (Urk. 19/1-43). Sie st?tzten sich auf die ihnen ?berlassenen Akten (S. 2 ff.), die Angaben des Beschwerdef?hrers (S. 9 ff.), die von ihnen am 22. Juli 2008 (vgl. S. 1) erhobenen Befunde (S. 11 ff.) sowie ein rheumatologisches (S. 17 ff.), ein psychiatrisches (S. 24 ff.) und ein neurologisches (S. 29 ff.) Teilgutachten.

???????? Sie nannten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsf?higkeit (S. 32 Ziff. 6.1):

- schmerzhaft Funktionseinschr?nkung des rechten Handgelenkes mit / bei:
- Status nach intraartikul?rer Radiusmehrfragmentfraktur rechts am 21. August 2006, konservativ therapiert
- CRPS Typ II mit sympathisch unterhaltenden Schmerzen, sensiblen und motorischen Defiziten
- mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen

???????? Aufgrund des CRPS der rechten Hand bestehe im zuletzt ausge?bten Beruf als Koch eine dauerhafte Arbeitsunf?higkeit von 100 %. F?r leidensangepasste T?tigkeiten sei der Versicherte aufgrund seiner noch unbehandelten neuropathischen Schmerzen und seiner depressiven Symptomatik gegenw?rtig nur noch zu 50 % arbeitsf?hig (S. 39 Ziff. 7.4).

3.11?? Am 22. Februar 2009 erstattete Dr. I. ___ (vorstehend E. 3.9) einen weiteren Bericht (Urk. 8/139/1/1). Er f?hrte aus, von den beiden von ihm genannten Problemen habe sich das erste (Status nach Radiusfraktur am 21. August 2006) in der Zwischenzeit gel?st. Die neusten R?ntgenbilder zeigten keine oss?re Problematik im Handgelenk und der Patient gebe dort auch keine Beschwerden mehr an. Die Unklarheit betreffend den Nervus ulnaris bestehe unver?ndert. Es sei ihm nicht m?glich zu unterscheiden, ob eine Irritation des

Nervus ulnaris vorliege oder aber eine Symptomausweitung durch den Patienten eingetreten sei.

3.12?? Am 17. Februar 2011 erstatteten Dr. med. N.____, Neurologe, Dr. med. O.____, Orthop?dische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. P.____, Facharzt FMH f?r Psychiatrie und Psychotherapie, Institut Q.____, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/169). Sie st?tzten sich auf die ihnen ?berlassenen Akten (S. 2 ff.), die Angaben des Beschwerdef?hrers (S. 7 ff.) und die von ihnen am 31. August und am 9. und 14. September 2010 (vgl. S. 1) erhobenen Befunde (S. 12 ff.).

???????? Sie nannten die folgenden Diagnosen (S. 22):

neurologisch

- residuelle Beschwerden nach CRPS I rechte Hand (St?rung der Sensibilit?t und Motorik der rechten Hand, besonders der Finger III bis V)
- chronisches zervikogenes und zervikospondylogenes Syndrom
- chronische zervikogene und Spannungstyp-Kopfschmerzen
- Schwindel multifaktoriellen Ursprungs

orthop?disch

- Restbeschwerden Handgelenk rechts mit leichtem Ulnavorschub und kleinen Cysten im Os naviculare rechts bei:
 - Status nach intraartikul?rer Handgelenksfraktur rechts, konservativer Behandlung und nachfolgendem M. Sudeck bei Status nach Treppensturz vom 21. August 2006 wegen anamnestisch Schwindel unklarer Genese

psychiatrisch

- chronische Schmerzst?rung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) seit 2006
- mit Katastrophisieren, Alles-oder-Nichts-Denken, etc.
- Agoraphobie mit Panikst?rung (ICD-10 F40.01) seit 2006
- Leitsymptom Schwindel, Angst zu st?rzen, Angst der R?ckweg sei versperrt
- reaktive depressive St?rung, aktuell leicht (bis mittelgradig) seit 2006 (ICD-10 F32.0)
- als Folge der psychosozialen Patt-Situation

???????? Als unfallbedingte Diagnosen bezeichneten sie die Restbeschwerden am rechten Handgelenk mit unklarer Neurologie (S. 29 Ziff. 4.1). Der Unfall vom 21. August 2006 und seine Folgen seien eine Teilursache der heute vorliegenden Gesundheitsst?rung (S. 29 Ziff. 6.2). Die Radiusfraktur rechts und der M. Sudeck (CRPS I) w?ren nicht ?berwiegend wahrscheinlich spontan aufgetreten (S. 30 Ziff. 6.4).

???????? Unter anderem wurde im Gutachten ausgef?hrt, aus neurologischer Sicht ergebe die aktuelle Untersuchung, gest?tzt auf die vorliegenden medizinischen Berichte, keinen Hinweis auf eine wahrscheinliche und heute noch relevante periphere oder zentralnerv?se Verletzung. Der Beschwerdef?hrer habe als Komplikation der Radiusfraktur rechts einen M. Sudeck (CRPS I) erlitten, ein Krankheitsbild, das sich unter anderem durch starke

Schmerzen und Sensibilitätsstörungen unserer, die mit der Zeit abklingen und geringe Restbeschwerden hinterliessen. Oft bestanden messbare Reizwahrnehmungsvermindierungen von geringem Ausmass und eine leichte Empfindlichkeit des betroffenen Körperteils auf Druck, jedoch nicht in dem Ausmass, wie vom Beschwerdeführer berichtet (S. 25 oben).

???????? Zudem bestehe eine Diskrepanz zwischen dem muskulösen und trophisch intakten Bau des rechten Arms und der Schonung und Belastungsintoleranz des rechten Arms. Die eminenten existentiellen Sorgen des Beschwerdeführers - Sorge um Einkommen, finanzielle Absicherung seiner in Serbien lebenden Familie - wirkten sich wahrscheinlich schmerzverstärkend auf die Restsymptome des CRPS I aus. Aus neurologischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit in einem angepassten Betätigungsfeld. Anpassungen seien bezüglich der Intensität des Einsatzes des rechten Arms (Haltefunktion, Handhabung, Belastung, Kälte- und Wärmeexposition) notwendig; wegen des Schwindels seien sturzgefährdete Arbeitsexpositionen zu vermeiden (S. 25 Mitte).

???????? Bezogen auf die Folgen des Unfalls sei der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht als Koch arbeitsunfähig, da die Belastungsgrenzen für den rechten Arm in den meisten Köchen überschritten würden. Insgesamt bestehe vorwiegend aus psychischen Gründen eine volle Arbeitsunfähigkeit als Koch (S. 31 Ziff. 10.2).

???????? Aus somatischer Sicht seien leichte Lagerarbeiten ohne Besteigen von Leitern, leichte Postdienste ohne wiederholtes Treppensteigen, Eintrittskontrollen, leichte Überwachungs- und Qualitätskontrollen etc. unfallbedingt zu 100 % (bei voller Leistung) zumutbar (S. 31 Ziff. 10.3). Insgesamt könne eine adaptierte Tätigkeit zu 70 % ausgeführt werden (S. 32 oben).

???????? Zurzeit habe der Befund die Erheblichkeitsgrenze für eine Integritätsentschädigung nicht erreicht (S. 32 Ziff. 11).

3.13?? Am 5. September 2011 nahmen die Q.____-Gutachter ergänzend Stellung (Urk. 8/181). Sie nahmen Bezug auf die vom Hausarzt im Jahr 2006 und 2007 erstatteten Berichte und den von Dr. I.____ im Februar 2009 erstatteten Bericht (vgl. vorstehend E. 3.11) und führten aus, diese veranlassten sie zu keiner Änderung der gestellten Diagnosen (S. 2 unten). Zum 2008 erstatteten R.____-Gutachten (vgl. vorstehend E. 3.10) führten sie aus, es unterscheide sich von ihrem Gutachten vor allem in der psychiatrischen Diagnose (mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen); zudem hätten sie keine den unteren Rängen betreffende Diagnose gestellt (S. 3).

???????? Aus ihrer Sicht habe sich seit 2008 der psychische Befund verändert. Laut dem R.____-Gutachten habe damals eine mittelschwere depressive Episode bestanden, hingegen seien die 2010 beschriebenen Ängste nicht erfasst worden. Zusätzlich habe sich seit 2008 die soziale Situation (Trennung von der Familie, Arbeitslosigkeit, Verschuldung, etc.) verschlechtert und massgeblich zur Chronifizierung der Schmerzen beigetragen. Die somatischen Befunde am rechten Arm seien insgesamt vergleichbar (S. 3 unten).

???????? Betreffend Arbeitsfähigkeit wiesen sie darauf hin, dass in beiden Gutachten die Arbeitsfähigkeit als Koch verneint worden sei; ihres Erachtens gebe es allerdings auch Stellen als Koch, wo den Einschränkungen bezüglich der rechten Hand Rechnung getragen würde (S. 4 Mitte).

??????? Verweistigkeiten hätten die R.____-Gutachter als zu 50 % zumutbar erachtet. Dabei sei zu berücksichtigen, dass damals eine mittelschwere depressive Episode vorgelegen habe und die Gutachter (im Sinne der Invalidenversicherung) alle Gesundheitseinschränkungen berücksichtigt hätten. Bei der Q.____-Begutachtung sei die Frage der Arbeitsfähigkeit im Kontext der Folgen des Unfalls von 2006, also bezogen auf die distale Radiusfraktur, gestellt gewesen. Die depressive Reaktion sei eher leicht als mittelschwer gewesen und die subjektive Arbeitsunfähigkeit sei in beträchtlichem Mass von Faktoren beeinflusst gewesen, die therapeutisch beeinflussbar beziehungsweise durch die psychosozialen Probleme verursacht gewesen seien. Die attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % bezogen auf die Unfallfolgen stimme ihres Erachtens mit der Beurteilung durch die R.____-Gutachter überein (S. 4).

??????? Sodann präzisierten sie ihre Angaben zur Arbeitsfähigkeit wie folgt: Aus somatischer Sicht seien leichte, einarmig ausführbare Tätigkeiten bezogen auf den Unfall von 2006 zu 100 % zumutbar, aus psychiatrischer Sicht und insgesamt - die Auswirkungen chronischer Schmerzen auf die körperliche Leistungsfähigkeit berücksichtigend - zu 70 % (S. 5 Ziff. 3.2).

??????? Zur Frage des im R.____-Gutachtens diagnostizierten CRPS II führten die Q.____-Gutachter aus, der R.____-Gutachter habe eine Verletzung des Nervus medianus angenommen, was gestützt auf die klinischen Befunde nicht

zutreffend sei. Die Sensibilitätsprüfung am rechten Arm wies kein typisches einheitliches peripher neurogenes Muster auf, weshalb auf eine Sensibilitätsprüfung im Rahmen der chronischen Schmerzen geschlossen worden sei. Die Schmerzen in der rechten Hand seien zu einem geringen Teil dem in Abheilung begriffenen Morbus Sudeck zugeordnet worden (S. 5 Ziff. 4). Die Schmerzen im rechten Arm seien ihres Erachtens in den gestellten Diagnosen abgebildet; es habe jedoch kein somatischer Befund am rechten Arm bestanden, der nachweislich einen dauerhaften und erheblichen Integritätsschaden darstellte (S. 5 f.).

3.14?? Am 18. November 2012 berichtete Dr. I.____ (vorstehend E. 3.9), der Beschwerdeführer habe ihn im August 2012 wieder aufgesucht. Es sei neu ein palmares Handgelenksganglion aufgetreten und ein Verdacht auf eine Arosion des Lunatum. Wenn er die Unfallbilder betrachte, so scheine der Zusammenhang der jetzigen Problematik mit dem Unfall von 2006 überwiegend wahrscheinlich (Urk. 15).

E. 4

4.1???? Zu klären ist in erster Linie, inwieweit (und zu welchem Zeitpunkt) gemäss medizinischer Beurteilung als Folge der 2006 erlittenen Handgelenksfraktur Beschwerden mit einem objektivierbaren strukturellen Korrelat und Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorhanden waren.

4.2???? Im Q.____-Gutachten, das - basierend auf Untersuchungen im September 2010 - im Februar 2011 erstattet wurde (vorstehend E. 3.12) und somit die aktuellste Beurteilung darstellt, wurden (aus neurologischer Sicht) residuelle Beschwerden an der rechten Hand nach CRPS I und (aus orthopädischer Sicht) Restbeschwerden am rechten Handgelenk diagnostiziert. Als Komplikation der Radiusfraktur sei ein Morbus Sudeck (CRPS I) aufgetreten, ein Krankheitsbild, das mit der Zeit abklinge und geringe Restbeschwerden hinterlasse, und zwar nicht in dem vom Beschwerdeführer berichteten Ausmass. Angesichts des (zu den Beschwerdeschilderungen diskrepanten) intakten muskulären und trophischen Zustands des rechten Arms schlossen die Gutachter, dass sich wahrscheinlich die eminenten

existentiellen Sorgen des Beschwerdeführers schmerzverstärkend auswirkten.

???????? Zwar führten die Q.____-Gutachter aus, es habe kein somatischer Befund bestanden, der eine Integritätsschädigung dargestellt hätte, aber sie postulierten eine volle Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht lediglich für leichte, einarmig ausführbare Tätigkeiten. Diese sahen sie sodann aufgrund der psychiatrischen Diagnose und der chronischen Schmerzproblematik als auf 70 % reduziert an (vorstehend E. 3.13).

???????? Diese Angaben lassen sich sinnvoll nur dahingehend verstehen, dass die diagnostizierten Restbeschwerden am rechten Handgelenk in somatischer Hinsicht zur Folge haben, dass eine volle Arbeitsfähigkeit nur für leichte, einarmig ausführbare Tätigkeiten gegeben ist. Die weitergehende Reduktion der Arbeitsfähigkeit (auf 70 %) ergibt sich aus dem Ausmass der angegebenen Beschwerden, für welches ein objektivierbares organisches Korrelat nicht ersichtlich ist.

4.3???? Betreffend Morbus Sudeck oder CRPS stellt sich die Situation wie folgt dar: Aus handchirurgischer Sicht wurde im Januar 2007 als Diagnose "wahrscheinlich Status nach leichtem CRPS (früher Sudeck)" genannt (vorstehend E. 3.3), während im Bericht über den Aufenthalt in der Klinik E.____ - der ebenfalls im Januar 2007 stattgefunden haben dürfte - als einzige Diagnose ein Morbus Sudeck genannt wurde (vorstehend E. 3.4). In den Berichten von verschiedenen Handchirurgen vom März 2007 (vorstehend E. 3.5), Juli 2007 (vorstehend E. 3.6) und Januar 2008 (vorstehend E. 3.7) wurde sodann gar nichts bezüglich Sudeck oder CRPS ausgeführt. Im Juni 2008 nannte die berichtende Neurologin einen "Verdacht auf abgelaufenes CRPS" (vorstehend E. 3.8) und der Handchirurg Dr. I.____ führte im Juli 2008 aus, nach der Fraktur mit Gipsbehandlung "und wahrscheinlich nachfolgendem Sudeck" sei die Beweglichkeit des Handgelenks eingeschränkt (vorstehend E. 3.9). Im R.____-Gutachten vom November 2008 wurde dann allerdings, basierend auf Untersuchungen im Juli 2008, ein CRPS II diagnostiziert (vorstehend E. 3.10). Im Februar 2009 berichtete Dr. I.____, die Problematik im Handgelenk habe sich gelöst, der Patient gebe dort auch keine Schmerzen mehr an. Eine zweite Problematik bestehe weiter, wobei er nicht unterscheiden könne, ob eine Irritation des Nervus ulnaris vorliege oder eine Symptomausweitung (vorstehend E. 3.11), dies übrigens, nachdem er rund sieben Monate zuvor noch die Meinung geussert hatte, auf eine Symptomausweitung zu schliessen sei unkorrekt (vorstehend E. 3.9).

???????? Es darf als bemerkenswert bezeichnet werden, dass bezogen auf Januar 2007 zwar in einem Bericht ein Morbus Sudeck, in einem anderen Bericht jedoch bereits ein Status nach CRPS diagnostiziert wurde, und dass die berichtenden Handchirurgen bis und mit Januar 2008 weder einen Morbus Sudeck noch ein CRPS erwöhnten, was nur so verstanden werden kann, dass im Zeitpunkt ihrer Untersuchungen nichts dergleichen festzustellen war. Auch im Juni 2008 wurde ein abgelaufenes - also nicht mehr symptomatisches - CRPS vermutet.

???????? Kurz darauf jedoch, nämlich im Rahmen der im Juli 2008 erfolgten Untersuchungen, diagnostizierten die R.____-Gutachter ein CRPS II, worüber sie im November 2008 berichteten. Wie dies mit dem erwöhnten Fehlen vergleichbarer Diagnosen in früheren Berichten vereinbar ist, muss offen bleiben, da sich eine solche Frage retrospektiv wohl nicht mehr beantworten lässt. Immerhin haben die Q.____-Gutachter in ihrer ergöhnenden Stellungnahme (vorstehend E. 3.13) - obwohl sie explizit darauf angesprochen worden waren - ihrerseits die von den R.____-Gutachtern gestellte Diagnose

nicht ausdrücklich in Zweifel gezogen. Somit ist für die Belange der Rechtsanwendung davon auszugehen, dass das Krankheitsbild Sudeck / CRPS jedenfalls im Juli 2008 (wieder) bestanden hat, und zwar längstens bis Januar 2009, denn Dr. I. ___ erwählte im Februar 2009 nichts dergleichen mehr (vorstehend E. 3.11).

4.4.4.4 Als Zwischenergebnis ist, im Sinne der Beweiswürdigung, festzuhalten: Als Komplikation der 2006 erlittenen Handgelenksfraktur trat beim Beschwerdeführer das Krankheitsbild Sudeck / CRPS auf, das - mit nicht näher zu quantifizierenden Unterbrüchen - bis Januar 2009 fortbestand. Ab Februar 2009 bestanden aus somatischer Sicht objektivierbare Restbeschwerden im rechten Handgelenk, die eine volle Arbeitsfähigkeit nur für leichte, einhändig ausführbare Tätigkeiten annehmen liessen.

E. 5

5.1.1.1 Aus psychiatrischer Sicht wurden im Q. ___-Gutachten eine chronische Schmerzstörung, eine Agoraphobie und eine aktuell leichte depressive Störung diagnostiziert (vorstehend E. 3.12). Im R. ___-Gutachten von 2008 war eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen diagnostiziert worden.

Um als Unfallfolgen relevant sein zu können, müssen die genannten psychischen Beeinträchtigungen in rechtsgenügendem, also insbesondere adäquatem, Kausalzusammenhang mit dem Unfall von 2006 stehen. Dies ist anhand der mit BGE 115 V 133 begründeten Praxis (vorstehend E. 1.4) zu prüfen.

5.2.2.2 Vorab ist zu klären, wie es sich mit der Schwere des Unfallereignisses verhält. Das Bundesgericht hat in BGE 115 V 133 einen gewöhnlichen Sturz und ein Ausrutschen als Beispiele für ein leichtes Unfallereignis aufgeführt (E. 6a). Leichte Unfälle wurden auch angenommen bei einem Treppensturz auf das Gesäss mit initial einem Verdacht auf Handgelenksbruch und später festgestelltem Steissbeinbruch (Urteil U 91/01 vom 19. Dezember 2001), bei einem Ausgleiten beim Tragen einer Motorsäge auf abschüssigem Gelände im Wald (Urteil U 221/04 vom 7. April 2005), bei einem Sturz auf einer Eisfläche mit Kopfanprall (Urteil U 78/02 vom 25. Februar 2003), bei einem Sturz bei Eisregen mit Schenkelhalsbruch (Urteil U 145/02 vom 2. Dezember 2002), bei einem Sturz beim Hinuntersteigen von einer Baumaschine (Urteil U 18/00 vom 17. Oktober 2000).

Mittelschwere Unfälle im Grenzbereich zu den leichten Unfällen wurden angenommen bei einem schweren Sturz auf den Rücken (BGE 123 V 141 E. 3d), bei einem Ausgleiten beim Hinuntersteigen von einer Böschung mit anschliessendem heftigem Aufschlagen mit dem Rücken auf einem Betonstück am Boden (BGE 115 V 144 E. 11a-b), bei einem Sturz von einem 1.2 Meter hohen Gerüst mit einer Calcaneusfraktur (RKUV 1998 Nr. U 307 S. 449), bei einem Sturz in einen Lichtschacht mit Kontusion der rechten Hüfte und Distorsion des rechten Knies (Urteil U 232/02 vom 5. August 2003) und bei einem Treppensturz (Urteil 8C_798/2007 vom 3. Juli 2008).

Der Beschwerdeführer ist über mehrere Treppenstufen hinabgestürzt und hat versucht, den Sturz mit Einsatz seines rechten Arms abzufangen. Im Lichte der dargelegten Rechtsprechung ist ein solcher Unfallhergang höchstens als mittelschweres Ereignis an der Grenze zu einem leichten einstuft.

5.3.3.3 Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs ist vorliegend somit nur zu bejahen, wenn die zu berücksichtigenden, unter Ausklammerung psychischer BeschwerdekompONENTEN zu prüfenden Kriterien in genügender (Vorliegen von mindestens

vier Kriterien) oder auffallender Weise erfüllt sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_622/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.1 mit Hinweis auf BGE 115 V 133 E. 6c/bb; Urteil 8C_897/2009 vom 29. Januar 2010 = SVR 2010 UV Nr. 25 E. 4.5).

5.4???? Offensichtlich nicht erfüllt sind das Kriterium besonders dramatischer Begleitumstände oder besonderer Eindringlichkeit des Unfalls, das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihrer erfahrungsgemässen Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, und das Kriterium einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte. Dass die Fraktur ursprünglich ohne Anästhesie reponiert wurde, macht weder das Unfallereignis besonders eindrücklich (Urk. 1 S. 13 Ziff. 73) noch die Behandlung zu einer Fehlbehandlung (Urk. 1 S. 14 Ziff. 77), und das aufgetretene CRPS ist keine besondere oder schwere Verletzung (Urk. 1 S. 13 f. Ziff. 74) im Sinne des entsprechenden Kriteriums.

???????? Einen erheblichen Einfluss auf die Dauer der ärztlichen Behandlung hat der Umstand gehabt, dass für die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden nicht wirklich plausible Erklärungen zu finden waren, so dass die ärztlichen Bemühungen mehr der Diagnostik als der Therapie gewidmet waren. Erstmals im Juni 2008 wurde sodann eine Symptomausweitung vermutet (vorstehend E. 3.8) und im R.____-Gutachten wurde im November die reduzierte Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten nicht nur mit den noch unbehandelten neuropathischen Schmerzen, sondern auch mit einer depressiven Symptomatik begründet. Die psychische (und psychosoziale) Akzentuierung der Beschwerden wurde dann im Q.____-Gutachten klar unterstrichen. Die Dauer der eigentlichen Behandlung der unfallkausalen Handgelenksfraktur und auch, soweit diagnostiziert, des intermittierend aufgetretenen CRPS, kann deshalb nicht als ungewöhnlich lange bezeichnet werden.

???????? Das CRPS wurde von ärztlicher Seite verschiedentlich als Komplikation der sonst unauffällig verlaufenden Heilung der erlittenen Fraktur bezeichnet. Wie von den Q.____-Gutachtern erläutert (vorstehend E. 3.12), kommt es jedoch - leider - nicht selten zum Auftreten dieses Krankheitsbildes. Überdies ist den Berichten in der Gesamtschau zu entnehmen, dass rechtzeitig nur bezogen auf Januar 2007 und sodann wieder Juli 2008 von einem Sudeck oder einem CRPS die Rede war. Vor diesem Hintergrund kann bezogen auf die beim Unfall erlittene Handgelenksfraktur das Kriterium eines schwierigen Heilungsverlaufs und erheblicher Komplikationen nicht als erfüllt taxiert werden.

???????? Das Kriterium körperlicher Dauerschmerzen dürfte erfüllt sein, allerdings angesichts der erheblichen invaliditätsfremden sie unterhaltenden und verstärkenden Faktoren klar nicht in ausgeprägter Weise.

???????? Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit aufgrund des erlittenen Unfalls sind insofern nicht einfach zu bestimmen, als eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vorbestanden hat und jedenfalls ab August 2008 auch psychische Beeinträchtigungen eine namhafte Rolle gespielt haben. Vor diesem Hintergrund kann das Kriterium, wenn auch nicht in ausgeprägter Weise, als erfüllt gelten.

5.5???? Die Prüfung der Adquanzkriterien ergibt somit, dass deren zwei, aber nicht in ausgeprägter Weise, erfüllt sind. Dies ist weit entfernt von dem, was bei der gegebenen Unfallschwere für die Bejahung der Adquanz erforderlich wäre (vorstehend E. 5.3), womit diese zu verneinen ist.

???????? Damit steht fest, dass sich eine allfällige Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin auf die Beeinträchtigungen somatischer Art (vorstehend E. 4.4) beschränkt.

E. 6

6.1???? Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Entscheid die von ihr erbrachten Leistungen per Ende September 2007 eingestellt (sowie einen Anspruch auf Integritätsentschädigung explizit und andere Ansprüche sinngemäss verneint).

???????? In Würdigung der Aktenlage kann der genannte Zeitpunkt nicht besttigt werden, sondern die Einstellung bisher erbrachter Leistungen (Taggeld, Heilbehandlung) ist erst per Ende Januar 2009 gerechtfertigt.

6.2???? Die Beschwerdegegnerin hat weitere Ansprüche verneint. Bezüglich Integritätsentschädigung kann ihr dabei, gestützt auf das Q.____-Gutachten, gefolgt werden.

???????? Hingegen erweist sich das Verneinen eines allfälligen Rentenanspruchs - ohne nhere Prüfung - als nicht gerechtfertigt. Immerhin wurde gutachterlich festgehalten, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der unfallbedingten somatischen Beeinträchtigungen nur noch leichte, einhändig ausföhrbare Tätigkeiten zu 100 % möglich sind.

???????? Auf dieser Grundlage ist eine Invaliditätsbemessung vorzunehmen und über einen allfälligen Rentenanspruch zu entscheiden.

6.3???? Dies föhrt zur Gutheissung der Beschwerde im genannten Sinn.

7.????? Dem anwaltlich vertretenen und in erheblichem Umfang obsiegenden Beschwerdeführer steht eine Prozessentschädigung zu, die beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist.

Das Gericht erkennt:

1.???????? Die Beschwerde wird in folgendem Sinn gutgeheissen:

???????? Der Einspracheentscheid der Swica Gesundheitsorganisation vom 16. Mai 2012 wird dahin abgeändert, dass die bisher erbrachten Leistungen per 31. Januar 2009 eingestellt werden.

???????? Ferner wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie einen allfälligen Rentenanspruch ab 1. Februar 2009 prüfe und darüber verfüge.

???????? Im übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2.???????? Das Verfahren ist kostenlos.

3.???????? Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4.???????? Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Thomas Wyss
- SWICA Versicherungen AG
- Bundesamt für Gesundheit

5.???????? Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des

Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.